

Representação da doença mental pela família do paciente



Maria Alice Ornellas Pereira¹

PEREIRA, M. A. O. Representation of mental illness by the patient's family, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.71-82, 2003.

In the paradigm of patient care that the recent Brazilian psychiatric reform preconizes, the social reintegration of the patients suffering from mental illnesses is sought through open services (Centers or Núclei of Psychosocial Support, known as CAPS or NAPS) in which an interaction with the patient's family is established, in order to foster a communication process that enables the mental health professional to understand the context of the patient's life history and, based on it, to develop educational efforts involving this group. This facilitates the patient's reintegration into the web of social relations that stigmatized him/her or from which he/she was excluded. This study investigates the social representations of the families of psychiatric patients as regards mental illness, relying on interviews and observation as data-collection tools, and was guided by the principles of qualitative research. Through concrete experiences, the people investigated developed ideas that point to relationship difficulties with the bearer of mental illness. As a result, aggression, depreciation and abandonment arise within the family, all of which give rise to a need for support from healthcare services. The results attained may be useful as input to expansion projects of the mental healthcare network.

KEY WORDS: Mental disorder; family relations; psychiatric Nursing.

No paradigma de atendimento preconizado pela recente reforma psiquiátrica brasileira, procura-se a reintegração social do portador de transtornos mentais, por meio de serviços abertos (Centros ou Núcleos de Apoio Psico-Social - CAPS ou NAPS), nos quais se estabelece uma interação com a família do paciente. Esta tem o objetivo de estabelecer um processo comunicativo, que permita ao profissional da área psiquiátrica compreender o contexto no qual se insere a história de vida do paciente e, a partir daí, desenvolver esforços educativos junto a esse grupo, facilitando a reintegração do paciente na rede de relações sociais onde foi estigmatizado ou excluído. A presente pesquisa investiga representações sociais das famílias de pacientes psiquiátricos sobre doença mental, utilizando-se de entrevistas e observação como instrumentos de coleta de dados, orientando-se pelos princípios da abordagem qualitativa de pesquisa. Mediante vivências concretas, as pessoas investigadas elaboraram idéias que denotam dificuldade de relacionamento com o portador de problemas mentais e, em decorrência disso, o surgimento, dentro do núcleo familiar, de condutas como agressão, depreciação e abandono, gerando grande necessidade de se contar com o suporte do serviço de saúde. Os resultados obtidos poderão subsidiar projetos de expansão da rede de atenção de saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos mentais; relações familiares; Enfermagem psiquiátrica.

¹ Professora Assistente Doutora junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. <ornelas@eerp.usp.br>



Introdução

Na evolução do atendimento em Psiquiatria no Brasil, vê-se que o novo modelo de assistência implica a revisão do saber psiquiátrico tradicional, criando possibilidades de transformação e construção de um outro saber. Embora ainda em número limitado, o que incorre em não-cobertura de toda a demanda psiquiátrica existente, tem ocorrido a criação de novos serviços ligados às redes estaduais, como os NAPS (Núcleos de Assistência Psico-Social) e os CAPS (Centros de Atenção Psico-Social). Estes têm por base um trabalho comunitário, humanizador e reintegrador do homem no contexto social, trazendo nova significação individual e social para as pessoas que os freqüentam.

Rotelli et al. (1990), falando sobre o processo de desinstitucionalização, considera que o mesmo veio desmontar os aparatos administrativos que se baseavam na separação entre o objeto “doente” e a complexa existência dos pacientes no interior do corpo social, abrindo, portanto, possibilidades de respeito aos direitos sociais das pessoas envolvidas no processo, fazendo emergir a pluralidade entre os sujeitos que compõem o campo (profissionais de saúde, usuários e família). Assim, no interior deste contexto, gradativamente, vai surgindo a necessidade de serem construídas novas estratégias de um nível mais coletivo de participação. Isso traz importantes contribuições para o rompimento com uma cultura psiquiátrica ainda muito fundada nos episódios agudos e críticos da doença.

Um programa de reabilitação psicossocial introduz novos recursos e diversos sujeitos no percurso terapêutico. Cabe ao Serviço de Saúde Mental identificar a rede de relações sociais passível de reintegrar a pessoa que requer ajuda, construindo estratégias que venham propiciar intervenções reais concretas, claras e objetivas. Com a criação de novos Serviços de Saúde Mental, que oferecem um atendimento mais abrangente, ou menos reducionista, mais adequado ao processo de existir humano, evidencia-se a multiplicidade de fatores e de atores, favorecendo uma ampliação entre as relações do serviço de saúde, seus usuários, famílias e comunidade.

Na perspectiva de ampliação e transformação da assistência, inicia-se o processo de reabilitação psicossocial que traz e propicia, em sua essência, as trocas afetivas e materiais dos seres humanos. Segundo Saraceno (1995), este processo constitui uma reconstrução, num exercício pleno de cidadania e contratualidade nos cenários do *habitat*, da rede social e do trabalho com valor social. Este autor ressalta a importância da apreensão do sentido e do significado desta reabilitação, nesses cenários, para sua reconstrução. Assim, a reabilitação é um processo amplo, sem delimitação de chegada, direto e contínuo, ligado ao cuidar e ao assistir a pessoa. Esse percurso propicia a descoberta de recursos e potencialidades adormecidas e, no seu desenvolvimento, deve oferecer todas as possibilidades de tratamento disponíveis.

Com relação à disponibilidade e amplitude de atuação, o modelo tradicional de atenção, com raras exceções, vem mantendo a família distante do processo de assistência psiquiátrica, o que contribui para que a mesma tenha uma representação patogênica ou culposa, objeto de introjeções e projeções. Num sistema novo de atendimento, que propõe a permanência do doente no interior da família, aumenta a necessidade de rever a relação entre o serviço, os usuários e seus núcleos familiares. Esse triângulo implica transformações e envolvimento

entre seus integrantes, além de conduzir ao que Gallio (1982) considera como possibilidade de evitar atribuições de culpa, evitando que a família seja condenada a um papel de “bode expiatório”.

Os usuários desses novos serviços de assistência geralmente têm histórias de internações anteriores, e foram submetidos a outras formas de “tratamento”. As definições, os rótulos, os reducionismos, as linguagens técnicas longínquas e de difícil compreensão, as afirmações contraditórias e desencorajadoras, fazem parte de seus percursos vividos, levando usuários e seus familiares a um desentendimento a respeito da perturbação mental que, em sua essência, é complexa e incerta, inclusive para a ciência médica.

Pesquisando o drama das famílias na internação psiquiátrica, Tsu (1993) ressalta que a sobrecarga proveniente das dificuldades decorrentes da baixa renda das famílias não as deixa suportar o convívio com a psicose, tanto por fatores de ordem emocional, como também por motivos financeiros, devido ao fato de terem que prover as necessidades de um adulto improdutivo e carente de cuidados especiais. Neste sentido, Ferreira (1996), ao realizar um trabalho junto às famílias de pacientes psiquiátricos, considerou a necessidade de evitar transmitir a apologia anti-maniconial, pois o hospital psiquiátrico ainda representa o “protetor” que mantém afastado do convívio familiar o “fantasma da loucura”.

Isso denota que o peso do sofrer psíquico, de quem vive e sente a doença mental, também tem sua extensão na família. Esta, com raras exceções, recebe pouca atenção do sistema de saúde, não é chamada à participação, uma vez que a prática psiquiátrica “adota” ou tutela o doente, tirando-o do convívio social e familiar. Ao mesmo tempo, evidencia-se o entendimento do importante papel da família no processo de ressocialização e reabilitação do doente mental. Nesta perspectiva, à medida que cresce a proposta de uma assistência mais abrangente, aumenta a necessidade de eficiência do serviço de saúde no cumprimento de seu papel. Isto significa que o interesse e a solicitação podem ocorrer concomitantemente ao aumento da eficácia e competência do sistema.

A construção desse modelo de assistência tem causado profundos efeitos na sociedade atual, pois implica mudança cultural da instituição, dos usuários, dos profissionais de saúde, da família e da comunidade. Dessa forma, não se visa somente tratar de uma doença, mas também à promoção da saúde mental, à adaptação do sujeito à sua realidade. Nesta proposta descronificam-se os atores envolvidos, uma vez que ela propicia, gradativamente, a ampliação da rede social e a co-divisão de responsabilidades inerentes à sociedade, a qual aumenta o encargo da família que será despertada para solicitações, reivindicações e aportes necessários para o convívio e o enfrentamento da doença mental.

Dell’Acqua et al. (1992) enfatizam a necessidade de modificações constantes no Serviço de Saúde Mental, uma vez que o contrato deve ser coletivo, dinâmico e flexível. Para estes autores, não se trata de neutralizar os problemas existentes e vividos pelas pessoas envolvidas, mas que, na proposta da relação dialética, pode estar contida uma “zona de iluminação” com questões relativas à doença mental (p.224). Analisando a experiência de longos anos de trabalho junto à família, os autores enfatizam de um lado, a objetividade da doença (nível psico-educativo) e, de outro, a participação subjetiva dos membros da família, enfocando a reflexão do que acontece a partir do sucedido (na crise) e a



compreensão do vivido.

Refletir coletivamente sobre os problemas e elaborar os sentimentos advindos da situação propiciam a descoberta ou o reconhecimento de novas possibilidades de enfrentamento. Sob esta ótica, o trabalho de assistência junto à família ainda é um espaço aberto na ampla rede de atendimento às questões referentes à saúde mental. Sendo assim, destaca-se a necessidade de efetivação e de expansão do estudo, da pesquisa e do ensino que envolvem o núcleo familiar na rede de interligações que compõe o tratamento.

Objetivo

A pesquisa aqui relatada teve como objetivo identificar representações sociais das famílias de pacientes psiquiátricos sobre a doença mental, considerando os conceitos que pairam, circulam, cruzam-se e se cristalizam no cotidiano e influenciam a realidade. Parte-se do pressuposto de que o conhecimento das idéias que a família constrói acerca dos transtornos mentais pode dar seqüência ao processo da ampliação da rede de assistência à pessoa que requer ajuda.

Metodologia da pesquisa

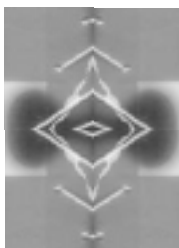
O estudo se insere nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação. Segundo Kirk e Miller (1986), os mesmos têm sido utilizados nas Ciências Sociais envolvendo a observação de pessoas em seus territórios e a interação com essas pessoas em suas próprias linguagens, buscando compreender a natureza do objeto considerando o contexto dos fenômenos.

Para poder estudar as representações sociais das famílias de pacientes psiquiátricos sobre a doença mental, utilizou-se o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial de Ribeirão Preto), onde se desenvolve uma prática comunitária humanizada e reintegradora do ser humano no seu contexto, trazendo uma nova significação individual e social para as pessoas que o freqüentam.

Segundo a lógica da pesquisa qualitativa, o número de sujeitos deve ser significativo, suficiente para conhecer suas vidas e obter os elementos necessários para se compreender melhor sua problemática e poder propor assistência para suas necessidades. Para se atingir o objetivo proposto foram realizadas dez entrevistas. Estas incluíram o membro da família mais próximo do doente considerando-se, também, a pessoa de referência do serviço de saúde, ou seja, aquela pessoa com quem os profissionais do NAPS estabeleciam contatos. Coincidentemente, os sujeitos deste estudo são mães que freqüentam o NAPS, para participar das atividades de grupo.

A técnica de observação foi utilizada pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seu próprio contexto (Cruz Neto, 1994). Para Bleger (1989, p.23) “*não se pode chegar a uma ciência do homem sem o homem. Sem o homem estudado e sem o homem que estuda*”. Dessa forma, alcança-se a objetividade quando se incorpora o sujeito observador no campo da pesquisa. A observação se realiza sempre em função de certos pressupostos e quando estes são conscientes e utilizados como tais, a observação torna-se mais eficaz.

Utilizou-se, também, como um dos instrumentos para coleta de dados, a entrevista aberta não-diretiva, uma vez que a mesma permite maior



flexibilidade para possíveis intervenções e possibilita investigação mais ampla sobre o entrevistado (Bleger, 1993). A entrevista foi realizada individualmente, nas dependências do NAPS. Após a anuência de cada sujeito, utilizou-se o gravador para o registro das falas. Como instrumento auxiliar nas entrevistas, utilizou-se o *desenho-estória com tema*, com base nos procedimentos de Trinca (1987), discutidos por Aiello-Vaisberg (1995). Considera-se que este instrumento facilita a fluência do mundo das fantasias, possibilitando uma melhor comunicação com o entrevistado.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela própria pesquisadora que, na fase inicial de tratamento dos dados obtidos, recorreu à *análise temática*, pertencente à primeira fase do processo de análise de enunciação proposto por D'Urung (Bardin, 1994). Considerando que a análise temática é transversal, recortando o conjunto das entrevistas por meio de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos, procurou-se, na fase seguinte, buscar os temas emergentes e as unidades de significação. Segundo D'Urung (apud Bardin, 1994), o tema consiste numa unidade de significação complexa, de comprimento variável,

a sua validade não é de ordem lingüística, mas de ordem psicológica. Pode constituir um tema, tanto uma afirmação como uma alusão. Assim, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações e pode reenviar para diversos temas. (p.175)

Na fase posterior, de análise de dados, utilizou-se a teoria das *Representações Sociais*, tendo em vista que a mesma consiste em importante instrumento de aproximação e compreensão da realidade. Para Herzlich (1972), a representação social é o ponto de intersecção entre as formações ideológicas dominantes e a experiência concreta individual. Segundo Moscovici (1978), as representações sociais originam-se nas relações interpessoais, e uma vez constituídas, influem nas condutas dos indivíduos para com o objeto social em questão, ou seja, são “*entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro em nosso universo cotidiano*” (p.41). Assim, as mesmas são construídas de conceitos, afirmações, explicações presentes no meio social e expressam a contínua interação entre o indivíduo e a sociedade.

De acordo com essa ótica, a análise dos dados da investigação se orienta pela compreensão das representações sobre a doença mental da população estudada. A análise qualitativa do discurso dos familiares propicia a consideração das experiências vividas, dentro dos contextos e significados dos sujeitos. Estes podem estar no âmbito inconsciente e, portanto, são desconhecidos, mas, todavia, estão presentes no imaginário pessoal e influenciam a atuação na esfera social.

Resultados

a) Representações organicistas da doença mental

As representações identificadas acerca da doença mental estão entrelaçadas às experiências pessoais de cada sujeito ouvido. Embora todos tenham elaborado seus conceitos sobre como vêem a doença mental, existe um tema central em

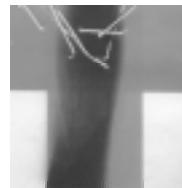
todas as narrativas: a idéia de que a doença mental é considerada uma doença difícil, penosa para quem a vivencia, não menos árdua para a família. Os sujeitos ouvidos a vêem, também, como de difícil compreensão para a ciência.

Até hoje ninguém sabe direito o que ela tem.
É difícil, é uma coisa assim muito, difícil...
Eu acho que é a pior doença do mundo.
É uma doença assim, nem eu acho, nem os médicos acham, ninguém sabe tá bom?
... é muito difícil de se entender melhor como é essa doença...
... é a doença mais sofredora do que qualquer outra doença.

Pensando que as concepções socialmente prevalentes sobre a doença mental determinam a trajetória do paciente e família, pode-se fazer uma reflexão sobre as possibilidades de uma reversão das representações vir a ter aspectos decisivos no resgate da cidadania. Este processo passa decisivamente pelo social, pelas concepções socialmente circulantes. Segundo os sujeitos do estudo, existe uma incógnita a respeito da doença mental, ou seja, ninguém sabe bem o que ela é; “... *nem os médicos acham...*”. Isso resulta na idéia de um caminhar sem rumo, que é trilhado sem muitas probabilidades.

A representação da doença mental como um defeito da pessoa aparece nas narrativas dos sujeitos ouvidos, acompanhada de certo desânimo quanto às perspectivas prognósticas do transtorno apresentado. Estes fatores também podem remeter ao sentimento de culpa:

Eu acho que é uma parte da cabeça que não funciona bem né?
... é um descontrole de cabeça
É doença que não tem cura...
As coisas ruins ficam tudo guardadas na cabeça dele.



Em pesquisa realizada anteriormente por Pereira (1997), trabalhando com a história de vida de pacientes psiquiátricas, assim como as suas concepções etiológicas e as teorias emergentes acerca da doença mental, a autora constatou que os sujeitos estudados não trouxeram concepções etiológicas de causas orgânicas; suas teorias surgiram como fruto de difíceis experiências em cada percurso vivido, ou seja, todas as narrativas trouxeram o sofrimento psíquico que as levou a adoecer.

Tsu e Tofolo (1990), em pesquisa sobre as concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos acerca da doença mental, constataram ser pequena a penetração do discurso competente de cunho organicista entre os sujeitos e consideraram que

as concepções organicistas podem ser menos comuns porque na área mental estão normalmente associadas às idéias de hereditariedade e defeito. Assim, conotam sempre a idéia de que a loucura é um atributo profundamente enraizado, praticamente essencial. Portanto, as concepções psicossociais deixam maiores possibilidades ao indivíduo para nutrir possibilidades de saída de sua condição atual. (Tsu & Tofolo, 1990, p.157)

Porém, entre os familiares incluídos neste estudo, surgiram relatos que se referiam à doença mental ligada à organicidade, danos e perdas.

O médico falou que ele perdeu uma parte da cabeça. O médico diz que tem uma parte que esfria de uma vez, a outra funciona um pouquinho, é assim.
Ele teve sarampo com oito anos. Os médicos lá da minha terra falaram que quando a criança tem sarampo nessa idade deixa qualquer problema: ou fica mudo, surdo, aleijado ou doente.



Nota-se claramente a visão organicista presente nestas falas. Segundo Tsu (1991, p.49), isso resulta na *“idéia de que a doença mental é algo que ocorre ‘dentro’ do espaço corporal. A subjetividade do indivíduo é descartada, operando-se uma redução que o transforma em objeto danificado”*. Assim, a noção de organicidade não considera a dimensão psicossocial. No entanto, pode-se observar que exatamente os sujeitos que trouxeram as referidas representações ligadas às questões orgânicas recorreram ao poder divino demonstrando o desejo de que a divindade possa ajudar. Estes mencionaram a igreja e a benzedeira:

Eu já levei na Santa Rita, na igreja, já levei também na mulher que benze...
... que Deus mandasse aparecer um remédio que curasse todos eles tadinhos.

No entanto, aparece a idéia de “falha, defeito” da pessoa, expropriando-a de uma condição humana.

... essa doença deixou ele animal irracional, um animal... uma cabeça irracional que criou mundo irracional.
... é um porco, não tem higiene, na parte de agressão é um leão, uma onça!

Diante destas falas, pode-se pensar que a concretização de idéias e de imagens facilitou a “materialização da palavra” lembrada por Jodelet (1984), consistindo, assim, no processo de objetivação. O mesmo culmina com o “núcleo figurativo” que segundo Moscovici (1984, p.65), equivale a *“um complexo de imagens que reproduz visualmente um complexo de idéias”*.

Esses pensamentos orientam a forma de ver o mundo real ou social, como também ajudam a construir a realidade. Assim, as duas últimas narrativas trazem representações que desconsideram as necessidades humanas, tentam conter a natureza humana, neutralizam a própria existência. Representações, essas presentes na ideologia dominante, porém aqui advindas de experiência concreta individual.

b) Hereditariedade e contexto

Torna-se importante aqui refletir que a coleta de dados sobre fatores hereditários, no campo da genética aplicada à psiquiatria, era o único terreno

no qual a família ainda tinha alguma atuação, no sentido de se fornecer dados para a anamnese objetiva. Observa-se, neste estudo, que o conceito de doença mental ligado à hereditariedade foi mencionado por sujeitos que têm familiares com história de longa internação anterior, para o tratamento psiquiátrico tradicional. Assim, a referência ao “sangue fraco” do tio, do pai, é lembrada, apesar da vergonha contida no discurso.

Eu tive um irmão esquizofrênico e foi difícil aceitar.
O meu marido tinha um irmão e um sobrinho loucos, ele não gostava de falar...

Hoenig e Hamilton (apud Zanus, 1993) mencionam os encargos objetivos da doença (custo, tempo utilizado para a assistência, redução das relações sociais) e os subjetivos, ligados aos sintomas depressivos ou psicossomáticos de ansiedade, sentimentos de culpa, de vergonha, relacionados ao sofrimento individual pelo “luto” de um ente desejado ou idealizado de um modo muito diferente da realidade.

...quanto tempo meu Deus...quanto gasto...
Sempre foi assim... difícil... eu já chorei muito, eu sou uma mulher nervosa! eu me sinto uma mulher neurótica!
... ela disse que ia se matar e se jogou embaixo de uma perua, o moço ficou muito nervoso! eu também fiquei e falei que perua não mata, só machuca, caminhão, ônibus é que mata. Já pensou? Eu fiquei nervosa! falei tudo isso prá ela!

Entre os sujeitos aparece também a idéia de o transtorno mental estar ligado à hereditariedade, ou associada ao “encosto”, ao sobrenatural.

Eu acredito que essa doença também é de reencarnação sabe por que? Ele tem tio que morreu louco e ele tem o mesmo sistema do tio, igual, eu já fui no Centro Espírita e eles confirmaram isso.

Ao mesmo tempo em que a explicação sobrenatural diminui o sentimento de culpa, de vergonha, aumenta a condescendência, cria contraposição com outros membros da família, trazendo a retrospectiva da educação dada ao filho (a) ou se estabelece confronto com os outros elementos do núcleo familiar. Isso traz a idéia das implicações do contexto vivido.



... os outros em casa ficam meio revoltados.
Eu acho que é difícil a compreensão dos outros, dos irmãos né?
... o outro irmão fica com raiva, fala que eu aceito as coisas errada... o pai dele controlou ele demais, foi isso também ficava difícil em casa...

Assim, as desavenças e desarmonias familiares foram citadas como mais um fator determinante do transtorno mental:

Agora, o ambiente da minha casa não é fácil...
... os médicos dizem que a esquizofrenia vem também do ambiente da minha casa.
... meu marido me xingava... me deixava doida e eu acho que as crianças escutavam tudo.
...naquele ambiente ele foi ficando assim e eu pensei que fosse malandragem...

Porém, os desentendimentos e dificuldades do ambiente familiar aparecem também como consequência do transtorno mental:

... o problema aqui é a briga de irmãos... a irmã dele não aceita... grita, dá uns tapas nele...
... na mesa todo mundo fica angustiado ela faz tudo para começar uma briga ... Descontrola todo mundo!

Nos discursos que se seguem, evidenciam-se a necessidade e a importância dos suportes do serviço de saúde. Zanus (1993) enfatiza o valor dos grupos multifamiliares em que as trocas podem acontecer pelo encontro com “os outros”, pela expressão de emoções e sentimentos esperados nesses grupos, além do aprendizado de informações que poderão trazer mudanças de atitude para com a doença mental e, conseqüentemente, para a pessoa que a sofre.

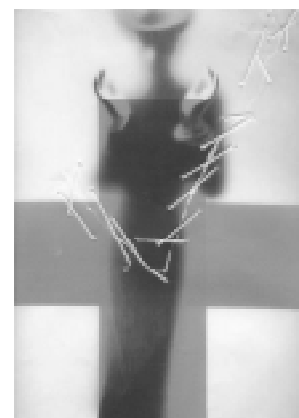
... a reunião me ensinou a abrir a boca e falar a verdade! Desabafar! o grupo me ajudou muito, a gente fazia psicodrama, um dia foi o drama da minha vida, da minha família... eu vi o que acontecia ... aquilo me ajudou muito.

Estas falas trazem a idéia da importância da compreensão subjetiva do vivido. Por essa dinâmica efetiva-se a “zona de iluminação” citada por Dell’Acqua et al. (1992), já que o encontro grupal, o movimento das emoções, das elaborações e das trocas realizadas pelo grupo podem indiretamente trazer modificações de conceitos, de atitudes que refletem diretamente no social.

c) Representações da doença mental em nível subjetivo

A representação da doença mental também apresenta uma compreensão da conduta em um nível que Bleger (1989) denomina *nível humano de integração*. A subjetividade da pessoa, assim como sua dimensão social, são valorizadas nas narrativas que se seguem:

... num ponto eu acho que é o gênio da pessoa, do jeito de ser que pode ficar difícil, pode ir ficando grave, se a pessoa não vê saída acaba perdendo o controle.
...o problema que não era fica grande e a pessoa fica perdida, não consegue, o problema fica grande, grande e vem a doença...
... a gente pensa: toma um calmante que passa mas às vezes não passa para alguns não passa...



ALICE GOLDFARB CYRINO, 2002

Assim, a doença mental se revela intimamente ligada às emoções, aos sentimentos e às dificuldades de cada um para superar o problema vivido. Isto remete à noção de “conduta humana” de Bleger (1989). Suas manifestações coexistem nas áreas do corpo, da mente e do mundo externo. Como se observa na narrativa abaixo, relacionada à questão da vulnerabilidade:

... ela sempre foi uma menina meio diferente... mas a gente nunca pensou que fosse assim doença, né?

Segundo Zubin et al. (1992), algumas pessoas sofrem o efeito conjunto da vulnerabilidade genética e dos fatores estressantes. Como consequência, têm dificuldades de adaptação bio-psico-social favorecendo, assim, o aparecimento dos transtornos mentais para os quais essas pessoas são vulneráveis:

Fugindo, isolando... ela se isola tanto porque não consegue viver, porque não consegue se ajudar... não consegue, fica só, perde o controle.

Os sujeitos estudados trouxeram a representação do processo do adoecer instalado em um corpo vivido, havendo assim uma aproximação da doença mental como um fato ou fenômeno humano relacional ao corpo vivido, ou seja, ao corpo simbólico que representa e dá significado ao que se sente. Porém, encontraram-se relatos permeados pela idéia da desesperança trazida pelo transtorno mental.

olha, eu acho que ele está dormindo porque não está participando da vida.

... triste, sem perspectiva de vida.

... fica uma pessoa que não tem vontade de viver, de ficar aqui.

Segundo Canguilhem (1995) existem dois sentidos para a palavra saúde. A saúde considerada de modo absoluto é um conceito normativo, que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânico. A saúde adjetivada é um conceito descritivo que define uma certa disposição e reação de um organismo individual, em relação às doenças possíveis. No entanto, algumas narrativas trazem a questão do transtorno mental subjetivada, estática, imutável, de fato absoluta:

... a vida deles é o vazio, é triste.

... não tem ilusão não tem nada!

... a pessoa fica assim... parada para a vida.

Assim, a idéia de desesperança pode conduzir apenas ao percurso patogênico, distanciando as possibilidades de descobertas reabilitadoras e reintegradas de caminhos interrompidos pela presença do transtorno mental ocorrido.

Considerações finais

Pode-se dizer que um dos aspectos imprescindíveis no processo de mudança na assistência psiquiátrica é a desconstrução das representações sociais. A representação da doença mental entre os sujeitos estudados liga-se às

angústias dos momentos vividos por cada um, os quais, sendo basicamente frutos de acontecimentos humanos, são experiências elaboradas e tecidas no contexto em que se passaram. Apesar disso, observa-se concomitantemente a internalização de ideologias, ancoradas no saber vigente, que colocam a doença mental como fato imutável decorrente de fatores orgânicos. Por outro lado, encontra-se também a idéia de doença mental como susceptibilidade humana a que todos estão sujeitos deixando, assim, abertas, as possibilidades de reversão parcial da situação vivida.

Evidencia-se também, neste estudo, a problemática da convivência com a doença mental no contexto familiar, gerando relações conflituosas e muitas vezes desagregadoras, das quais emerge a questão do fardo imputado à família. Frequentemente aparece, nos casos estudados, a mulher (em geral a mãe), como cuidadora, ou seja, aquela que assume o tratamento, os cuidados básicos, a atenção para com o portador do transtorno mental, mesmo quando se sente cansada e com poucos aportes.

A carência de informações, de apoio, de orientações, conduzem a um leque de necessidades não satisfeitas; e evidenciam a fragilidade do núcleo familiar. Assim, visando-se à possibilidade de um longo processo de desinstitucionalização, concorda-se com Koga (1997) quando destaca não ser possível haver reintegração com uma família desassistida. A singularidade e o conhecimento da dinâmica familiar poderão ajudar no estabelecimento de metas para intervenções significativas na expansão da rede de atenção de saúde mental.

Nesta perspectiva, ampliam-se as possibilidades de uma assistência mais digna e global, a partir da desconstrução de conceitos, atuando em direção das transformações que se fazem necessárias na relação entre profissionais de saúde mental, os pacientes e suas famílias.



JOSÉ DE MOURA, S/ Título, 19

Referências

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. **O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade**. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 1995. (Mimeogr.).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BLEGER, J. **Psicologia da conduta**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BLEGER, J. **Temas de psicologia**. Entrevistas e grupos. Trad. R.M.M. Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p.51-66.

DELL'ACQUA, G., MEZZINA, R., VIDONI, D. Utenti, famiglie e servizi di salute mentale. In: GALIO, G. (Org.) **Per la salute mentale**. 3.ed. Pistola: Editrice, 1992. p.220-32.

FERREIRA, G. De volta para casa – Prática de reabilitação com pacientes crônicos em saúde mental. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.80-8.

GALLIO, G. **Circuiti della domanda psichiatrica e istituzionalizzazione della crisi**: problemi di valutazione dell'intervento psichiatrico. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1982.

HERZLICH, C. La representation sociale. In: MOSCOVICI, S. **Introduction à la Psychologie Sociale**. Paris: Larousse, 1972. p.163-84.

JODELET, D. Représentation sociale: phenomenos, concept e theorie. In: MOSCOVICI, S. (Org.) **Psychologie Sociale**. Paris: PUF, 1984. p.357-78.

KIRK, J., MILLER, M.L. **Reliably and validity in qualitative research**. 2.ed. Califórnia: SAGE, 1986.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica**: sobrecarga familiar. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

PEREIRA, M.A. **Representações sociais de pacientes psiquiátricas sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico**: a triste passagem e a triste paisagem. Ribeirão Preto, 1997. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D., RISIO, C. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-59.

SARACENO, B. **La Fine dell' Intrattenimento**. Milano: Etas Libre, 1995.

TRINCA, W. **Investigação clínica da personalidade**: o desenho livre como estímulo de apercepção temática. 2.ed. São Paulo: EPU, 1987.

TSU, T.M.J.A. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: EDUSP, 1993.

TSU, T.M.J.A. Vício e loucura: estudo de representações sociais de escolares sobre a doença mental através do uso de procedimento de desenhos-estórias com tema. **Bol. Psicol.**, São Paulo, v.41, n.94/95, p.47-55, 1991.

TSU, T.M.J.A., TOFOLO, V. Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos sobre doença mental. **Psicol. USP**, São Paulo, v.1, n.2, p.155-60, 1990.

ZANUS, P.M. **Il lavoro con le famiglie ad alto carico**. Trieste, 1993. Dissertação (Mestrado). Istituto di Clinica Psichiatrica, Università Degli Studi di Trieste.

ZUBIN, J., SPRING, B., WARNER, R. Vulnerability to relapse in schizophrenia. **Br. J. Psychol.**, v.16, s.18, p.13-8, 1992.

PEREIRA, M. A. O. Representación de la enfermedad mental por la familia del paciente, **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.71-82, 2003.

En el paradigma de la asistencia preconizado por la reciente reforma psiquiátrica brasileña, se busca la reintegración social del portador de trastornos mentales, por medio de servicios abiertos (Centros o Núcleos de Apoyo Psicosocial - CAPS o NAPS), en los cuales se establece una interacción con la familia del paciente. Esta interacción tiene como objetivo establecer un proceso comunicativo, que permita al profesional del área psiquiátrica comprender el contexto en el cual se inserta la historia de vida del paciente y, a partir de entonces, desarrollar esfuerzos educativos junto a ese grupo, facilitando la reintegración del paciente en la red de relaciones sociales donde fue estigmatizado o excluido. Esta investigación identifica representaciones sociales de las familias de pacientes psiquiátricos sobre la enfermedad mental. A través de vivencias concretas, estas personas elaboraron ideas que denotan una dificultad de relacionamiento con el portador de problemas mentales y como resultado, el surgimiento, dentro del núcleo familiar, de conductas como agresión, desprecio y abandono, generando una gran necesidad de soporte del servicio de salud.

PALABRAS CLAVE: Trastornos mentales; relaciones familiares; Enfermería psiquiátrica.

Recebido para publicação em: 15/12/01
Aprovado para publicação em: 28/08/02